

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/
DURANTE CAMPI SCUOLA E/O VIAGGI D'ISTRUZIONE**

Al Dirigente scolastico dell'I.C. C.A. Dalla Chiesa
Via Rigamonti, 10 Roma

Noi sottoscritti (Cognome e Nome)

Genitori dello studente/essa

Esercenti la potestà genitoriale sullo studente/essa

nato/a a..... il .../.../..... e residente a in Via
....., che frequenta la classe ... sez ... dell'Istituto
....., consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né
funzioni sanitarie,

CHIEDIAMO

che a nostro/a figlio/a **siano somministrati, all'occorrenza**, per bisogno contingente (febbre, mal di testa, ...), per l'intera durata del campo scuola, dai docenti accompagnatori i farmaci eventualmente resisi necessari elencati, accompagnati da idonea prescrizione medica che specifichi i dosaggi, da consegnarsi in allegato:

- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____.

Esprimiamo il consenso affinché i docenti accompagnatori somministrino i farmaci eventualmente resisi necessari e solleviamo il medesimo personale, da qualsivoglia responsabilità, derivante dalla somministrazione stessa del farmaco.

Sarà nostra cura provvedere alla fornitura dei farmaci ai docenti accompagnatori prima della partenza, consapevoli che, in caso di farmaco scaduto, questo non potrà essere somministrato.

DICHIARIAMO

che nostro/a figlio/a NON è allergico/a a nessun farmaco, sostanza e alimento.

che nostro/a figlio/a E' allergico/a ai seguenti farmaci, sostanze e/o alimenti:

.....
.....

A tal fine acconsentiamo al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03. Noi sottoscritti, consapevoli delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal D.P.R. n. 445/00, dichiariamo di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

In fede

Roma, lì _____

FIRME

.....
.....